

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Friedrich-Ebert-Str. 49
45127 Essen



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Postfach 51 10 40
50946 Köln

Prüfbericht nach §§ 114 ff SGB XI

Geprüfte Einrichtung: **Senioren- und Betreuungszentrum der Städteregion Aachen -Tagespflege-**
Johanna-Neuman-Str. 4
52249 Eschweiler

IK Nummer: 512530733

Auftragsnummer: 190902VT90000000-000031992

Datum der Prüfung: 02.09.2019 bis 04.09.2019

Auditor: Gabriele Müller

Qualitätsprüfer: Maria Gerdes

Prüfberichtserstellung: 06.09.2019



Prüfdienst der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c * 50968 Köln
Telefon: 0221 / 9987 - 2920 * Telefax: 0221 / 9987 - 2921
Pruefdienst@pkv.de



Legende/Antwortoptionen

M = Mindestangaben
Info = Informationsfrage
T = Transparenzkriterium
B = (sonstige) Bewertungsfrage
E = Empfehlung

ja
nein
t. n. z. = trifft nicht zu
nicht geprüft
immer
häufig
geleg. = gelegentlich
nie
k. A. = keine Angabe

MA = Mitarbeiter*
PFK = Pflegefachkraft

*Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Prüfmaßstab

Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI)

Rahmenvertrag zur teilstationären Pflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Nordrhein-Westfalen

Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 10. Dezember 2012 (MuG)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität 27. September 2017 in der Fassung vom 27. November 2017

Kapitel 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

M/Info	
1.1 Auftragsnummer:	190902VT90000000-000031992

M/Info	
1.2 Daten zur Einrichtung	
a. Name	Senioren- und Betreuungszentrum der Städteregion Aachen -Tagespflege-
b. Straße	Johanna-Neuman-Str. 4
c. PLZ/Ort	52249 Eschweiler
d. Institutions- kennzeichen (IK)	1. 512530733
	2.
	3.
	4.
e. Telefon	02403-703207
f. Fax	02403-703307
g. E-Mail	post@sbz-eschweiler.de
h. Internet-Adresse	www.sbz-eschweiler.de
i. Träger/Inhaber	StädteRegion Aachen Zollernstr. 10 52070 Aachen E-Mail: b.mueller@sbz-eschweiler.de
j. Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input checked="" type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k. ggf. Verband	Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen
l. Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> stationär <input checked="" type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag	01.01.2016
n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	01.06.2009
o. Heimleitung Name	Bernhard Müller
p. Verantw. PFK Name	Monika Büttgen
q. Stellv. verantw. PFK Name	Michael Conrads-Waschl
r. ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen	
s. Zertifizierung	<input checked="" type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
t. Name des Ansprechpartners für die DCS	Bernhard Müller
u. E-Mail des Ansprechpartners für die DCS	b.mueller@sbz-eschweiler.de
v. Rufnummer des Ansprech- partners für die DCS	02403-703207
w. Faxnummer des Ansprech- partners für die DCS	02403-703307

zu s): Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015, Gültigkeit des Zertifikats bis 13.01.2020,
Zertifizierungsunternehmen: ZDH ZERT

M/Info		
1.3 Daten zur Prüfung		
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input checked="" type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b. Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK	<input checked="" type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
c. Datum	02.09.2019 von	04.09.2019 bis
d. Uhrzeit	1. Tag 09:00 von	14:55 bis
	2. Tag 09:00 von	15:35 bis
	3. Tag 09:00 von	12:30 bis
e. Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	Bernhard Müller; Peter Gaida; Monika Büttgen; Michael Conrads-Waschl	
f. Prüfende(r) Gutachter	Gabriele Müller Maria Gerdes	
g. An der Prüfung Beteiligte	Namen	
<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
Nach heimrechtlichen <input type="checkbox"/> Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> Trägerverband		
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
h. Ansprechpartner des MDK / PKV-Prüfdiensts für die DCS	Name Frank Schlerfer	
	E-Mailadresse pruefdienst@pkv.de	

M/Info		
1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI		
a.	<input checked="" type="checkbox"/> Regelprüfung	
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)	
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung	
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung	
e.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	03.12.2018
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	13.06.2018
	<input checked="" type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

M/Info					
1.5 Art der Einrichtung und Versorgungssituation					
	Vollstationäre Pflege	Kurzzeitpflege	Teilstationäre Pflege - Tag	Teilstationäre Pflege - Nacht	ggf. Bewohner im Schwerpunkt
vorgehaltene Plätze	0	0	12	0	0
belegte Plätze	0	0	0	0	0
davon vorgehaltene Plätze nach Organisationsform					
	angegliedert	0	0	0	0
	eingestreut	0	0	0	0
	solitär	0	0	0	0

An den Tagen der Qualitätsprüfung sind am ersten Tag 13 versorgte Personen anwesend und am zweiten Tag 14 versorgte Personen anwesend. Die vereinbarte Platzzahl wird an beiden Tagen überschritten. Die Überschreitung liegt im Rahmen der bewilligten Ausnahmegenehmigung gemäß § 13 Wohn- und Teilhabegesetz NRW vom 16.06.2017. Hiernach können "tageweise bis zu 14 Personen" aufgenommen werden.

M/Info									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	noch nicht eingestuft
Tagespflege	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	25	0	0	7	11	4	3	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	0	0	0	0	0	0	0	0
	Gesamt:	25	0	0	7	11	4	3	0

Zwei versorgte Personen sind an beiden Prüfungstagen anwesend.

M/Info

1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:

a. Wachkoma	0
b. Beatmungspflicht	0
c. Dekubitus	1
d. Blasenkatheter	3
e. PEG-Sonde	0
f. Fixierung	0
g. Kontraktur	4
h. vollständiger Immobilität	0
i. Tracheostoma	0
j. MRSA	0

M/Info

1.8 Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?ja nein

Wenn ja, welcher?

M/Info

1.10 Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der stationären Pflegeeinrichtung angeboten?ja nein

Wenn ja, welche?

M/Info

1.11 Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?ja nein

Wenn ja, welche?

a.	<input type="checkbox"/> Körperbezogene Pflegemaßnahmen
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege
c.	<input type="checkbox"/> Betreuung
d.	<input type="checkbox"/> Speisen- und Getränkeversorgung
e.	<input checked="" type="checkbox"/> Wäscheversorgung
f.	<input type="checkbox"/> Hausreinigung

zu e): Caritas Betriebs- und Werkstätten GmbH, Eschweiler

2. Zusammenfassende Beurteilung

In diesem Kapitel sind die wichtigsten Feststellungen in zusammenfassender Form wiedergegeben. Die Empfehlungen zur Beseitigung vorgefundener Qualitätsdefizite bzw. der Anforderungen, welche sich hieraus ergeben, sind unter Abschnitt 3 aufgeführt. Detaillierte Ergebnisse, insbesondere zu den einzelnen Versicherten, sind in den Anlagen zum Prüfbericht beschrieben.

Zusammenfassende Beurteilung

Die Qualitätsprüfer des Prüfdienstes der PKV informieren die Einrichtungsvertreter über den Prüfauftrag zur Regelprüfung, die als Verbundprüfung mit der stationären Pflegeeinrichtung Senioren- und Betreuungszentrum der Städteregion Aachen durchgeführt wird. Gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen stimmen die Qualitätsprüfer den Ablauf der Prüfungen ab. Das Eröffnungs- und vorläufige Abschlussgespräch wird am ersten bzw. dritten Prüfungstag für beide Pflegeeinrichtungen gemeinsam geführt.

Das Prüfteam weist auf den beratungsorientierten Prüfansatz und die Berücksichtigung der verschiedenen Nachweisebenen zur Bewertung der Prüffragen hin. Die Einrichtungsvertreter werden zudem darauf aufmerksam gemacht, dass nur die während der Qualitätsprüfung vorgelegten Unterlagen in die Bewertung einbezogen werden.

Anhand der zu Prüfbeginn vorgelegten Liste der versorgten Personen ziehen die Qualitätsprüfer am ersten Prüfungstag in Anwesenheit der Einrichtungsvertreter die Stichprobe. Die Stichprobenerhebung erfolgt analog zur Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR). Das Prüfteam holt die Einwilligungen zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität und zur Zufriedenheitsbefragung bei den hierzu Berechtigten ein. Das Prüfteam besucht neun versorgte Personen und führt eine Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands durch. Eine Zufriedenheitsbefragung ist bei sechs versorgten Personen möglich.

Die Vertrauensperson der Nutzer und Nutzerinnen der Pflegeeinrichtung wird über die Durchführung der Qualitätsprüfung informiert.

An den Tagen der Qualitätsprüfung sind am ersten Tag 13 Pflegebedürftige anwesend und am zweiten Tag 14 Pflegebedürftige anwesend. Die vereinbarte Platzzahl wird an beiden Tagen überschritten. Die Überschreitung liegt im Rahmen der bewilligten Ausnahmegenehmigung gemäß § 13 Wohn- und Teilhabegesetz NRW vom 16.06.2017. Hiernach können "tageweise bis zu 14 Personen" aufgenommen werden.

Wie in der Vorjahresprüfung bestehen keine Auffälligkeiten im Sinne der Qualitätsprüfungs-Richtlinien.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 2 Allgemeine Angaben

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 4 Ablauforganisation

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 5 Qualitätsmanagement

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 6 Hygiene

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 7 Verpflegung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 8 Betreuung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 10 Behandlungspflege

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 11 Mobilität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 13 Harninkontinenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 14 Umgang mit Demenz

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

Die Anforderungen sind vollständig erfüllt.

Zusammenfassende Beurteilung zu Kapitel 18 Befragung der Bewohner

Die befragten versorgten Personen äußern sich insgesamt zufrieden über die Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung der Pflegeeinrichtung. Sie fühlen sich aktivierend gepflegt und in ihrer Persönlichkeit respektiert.

Abschlussgespräch

Die Prüfung und das Abschlussgespräch verlaufen in einer offenen und kooperativen Atmosphäre. Die relevanten Fragestellungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden in einer konstruktiven Zusammenarbeit bearbeitet. Die Qualitätsprüfer fassen die positiven Ergebnisse der Überprüfung zusammen. Die Einrichtungsvertreter nehmen die beratenden Aspekte der Qualitätsprüfer offen auf. Seitens der Pflegeeinrichtung bestehen keine weiteren Fragen.

Abschließend überreicht das Prüfteam der Pflegeeinrichtung Unterlagen zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI.

3. Empfehlung

Zu nachfolgenden Fragen der Struktur- und Prozessqualität:

Keine

Zu nachfolgenden Fragen der Prozess- und Ergebnisqualität:

Keine

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. steht Ihnen für Nachfragen unter der E-Mailadresse pruefdienst@pkv.de gerne weiterhin zur Verfügung.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Frank Schlerfer'. The script is cursive and fluid.

Frank Schlerfer,

Abteilungsleiter Prüfdienst der PKV

Anlage zum Prüfbericht nach §§ 114 SGB XI

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
Kapitel 2 Allgemeine Angaben
Kapitel 3 Aufbauorganisation Personal
Kapitel 4 Ablauforganisation
Kapitel 5 Qualitätsmanagement
Kapitel 6 Hygiene
Kapitel 7 Verpflegung
Kapitel 8 Betreuung

Die folgenden Kapitel wiederholen sich für jeden in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen.

Kapitel 9 Allgemeine Angaben
Kapitel 10 Behandlungspflege
Kapitel 11 Mobilität
Kapitel 12 Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
Kapitel 13 Harninkontinenz
Kapitel 14 Umgang mit Demenz
Kapitel 15 Körperpflege
Kapitel 16 Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität
Kapitel 17 Sonstiges

Kapitel 18 Befragung der Bewohner als zusammenfassende Darstellung aller befragten Personen

Kapitel 2. Allgemeine Angaben

ja nein

2.2 Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?

M/T51/B

- a. Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?

M/B

- b. Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung?

M/T52/B

- c. Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?

Die Frage 2.2a trifft für die teilstationäre Pflegeeinrichtung nicht zu. Sie wird daher mit "ja" belegt, eine inhaltliche Bewertung erfolgt nicht.

ja nein t. n. z.

2.3 Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:

M/T37/B

- a. Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?

M/T38/B

- b. Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihrer Lebensgewohnheiten gestalten?

M/T39/B

- c. Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?

Kapitel 4. Ablauforganisation

- ja nein
- 4.1 Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?**
- M/B
- a.** Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der
Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt
- M/B
- b.** personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung geregelt
-
- M/B**
- ja nein t. n. z.
- 4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung
körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne
pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte
nachvollziehbar gewährleistet?**

ja nein

4.4 Liegen geeignete Dienstpläne für die Pflege vor?

- | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | dokumentenecht (z.B. kein Bleistift, keine Überschreibungen, kein Tipp-Ex, keine unleserlichen Streichungen) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Soll-, Ist- und Ausfallzeiten | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Zeitpunkt der Gültigkeit und Einsatzort | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | vollständige Namen (Vor- und Zunamen) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. | Qualifikation | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. | Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. | Legende für Dienst- und Arbeitszeiten | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. | Datum | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. | Unterschrift der verantwortlichen Person | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. | Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen | | |

M/Bja nein
 4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?

Kapitel 5. Qualitätsmanagement

		M/B	ja	nein	
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			ja	nein	t. n. z.
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				
		M/B			
a.	Dekubitusprophylaxe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		M/B			
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement - Akutschmerz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		M/B			
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement - chronischer Schmerz		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		M/B			
d.	Sturzprophylaxe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		M/B			
e.	Kontinenzförderung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		M/B			
f.	Chronische Wunden		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		M/B			
g.	Ernährungsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ja nein

5.4 **Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?**

- | | | | |
|-----------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. | aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind) | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. | Nennung der Qualifikation | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. | Vor- und Zunamen | | |
| | M/B | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. | Handzeichen übereinstimmend | | |

M/T32/B

ja nein

5.6 **Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?**

M/T50/B

ja nein

5.7 **Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?**

Kapitel 6. Hygiene

		M/T53/B	ja	nein
6.1	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ja	nein
6.2	Gibt es in der stationären Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden			
			ja	nein
6.3	Stehen den Mitarbeitern in stichprobenartig besuchten Wohnbereichen in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Handschuhe			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Händedesinfektionsmittel			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Schutzkleidung			
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 7. Verpflegung

		M/T57/B	ja	nein	
7.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			ja	nein	t. n. z.
7.2	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?				
		M/T55/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a.	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?				
		M/T41/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?				
		M/T56/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?				
		M/T58/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.	Orientieren sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner?				
		M/T54/B	ja	nein	
7.3	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			ja	nein	t. n. z.
7.4	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?				
		M/B	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen				
		M/T59/B	ja	nein	
7.5	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kapitel 8. Betreuung

ja nein

8.1 Werden Leistungen der Betreuung angeboten?

- M/T42/B
- a. Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?
- M/T43/B
- b. Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?
- M/T44/B
- c. Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
- M/T45/B
- d. Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?

M/T46/B

ja nein

8.3 Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?

M/Info	
8.6	In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?
	Stellenumfang 2,75

M/Info	
8.7	Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?
	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?

In der Pflegeeinrichtung liegt eine aktuelle Vereinbarung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte im Verhältnis von 1 : 20 vor. Am Tag der Qualitätsprüfung ist eine zusätzliche Betreuungskraft mit einem Stellenanteil von 0,75 Stelle beschäftigt.

- ja nein t. n. z.
- 8.8 Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?**
- M/B
- a.** Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?
- M/B
- b.** Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?
- M/B
- c.** Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?
- M/B
- d.** Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen?

- ja nein
- 8.9 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?**
- M/T47/B
- a.** Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?
- M/T48/B
- b.** Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?

- M/T49/B**
- ja nein
- 8.10 Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?**

Die Frage trifft für die teilstationäre Pflegeeinrichtung nicht zu. Sie wird daher mit "ja" belegt, eine inhaltliche Bewertung erfolgt nicht.

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 1

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	02.09.2019	Uhrzeit	10:23	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 1

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1938		
e.	Einzugsdatum	29.10.2010		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Koronare Herzerkrankung, Hypakusis		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
				<input checked="" type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte und handschriftliche Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Maria Gerdes
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			

	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			

	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			

M/Info	
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input checked="" type="checkbox"/> nein
Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/>	
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			

	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			

	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			

	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

		M/B	ja	nein	t.n.z.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/Info
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.

		M/Info
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.

		M/T3/B	ja	nein	t.n.z.
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T5/B	ja	nein	t.n.z.
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T4/B	ja	nein	t.n.z.
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T6/B	ja	nein	t.n.z.
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	je nach Tagesform uneingeschränkt beweglich bzw. in muskulärer Anspannung/eingeschränkt beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt beweglich, verlangsamte Bewegungsabläufe, je nach Tagesform kraftgemindert
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	mit personeller Unterstützung
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	Rumpfstabilität kurzfristig vorhanden, mit Seiten- und Rückenhalt längerfristig möglich, Positionswechsel eingeschränkt selbständig möglich, umfangreiche Positionswechsel durch personelle Übernahme
f. Stehen	mit personeller Unterstützung und Halt am Mobiliar bzw. am Rollator kurzfristig möglich
g. Gehen	wenige Schritte je nach Tagesform am Rollator in personeller Begleitung möglich, Fortbewegung aktiv im Rollstuhl

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	26.08.2019	15.05.2019	18.02.2019
	kg	68,7	64,1	69,4
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	168			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	24,34			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input checked="" type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Die relevante Gewichtsabnahme bezieht sich auf dem Zeitraum Februar bis Mai 2019. Dies wird mit einem Kurzzeitpflegeaufenthalt begründet.

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstigem	hochkalorische Getränke			

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 2

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	02.09.2019	Uhrzeit	11:18	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 2

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	DAK-Gesundheit		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1942		
e.	Einzugsdatum	20.10.2017		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, Diabetes mellitus Typ 2, Gicht		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
				<input type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte sowie handschriftliche Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Maria Gerdes
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			
	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			
	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			
M/Info				
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
	Ja:			
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>		
	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			
	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			
	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			
	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?			
M/Info				
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.		
M/Info				
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.		
	M/T3/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?			
	M/T5/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?			
	M/T4/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?			
	M/T6/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?			

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input checked="" type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	uneingeschränkt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	selbständig
g. Gehen	selbständig, bestehende Gangunsicherheit, geringe Schritthöhe, leicht nach rechts gebeugte Körperhaltung

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	26.08.2019	22.05.2019	26.03.2019
	kg	91,1	94,8	93,2
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	180			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	28,12			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?			
	M/T10/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?			
	M/T8/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?			
	M/T11/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?			
	M/T9/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?			
	M/T12/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?			
	M/T28/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?			

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i>

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
<hr/>				
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
<hr/>				
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
<hr/>				
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
<hr/>				
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
<hr/>				
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 3

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				190902VT90000000-000031992	
Datum	02.09.2019	Uhrzeit	11:44	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 3

M/Info				
9.2 Angaben zum Bewohner				
a. Name	Anonymisiert			
b. Pflegekasse	Techniker Krankenkasse			
c. Pflege-/Wohnbereich				
d. Geburtsjahr	1948			
e. Einzugsdatum	13.01.2010			
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Bandscheibendegeneration, spastische Paraplegie der Beine bei Zustand nach Poliomyelitis, Knick-Senkfuß beidseits, arterielle Hypertonie			
g. Pflegegrad				
<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?				
ja <input type="checkbox"/>		nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)				
ja <input checked="" type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation sowie archivierte Unterlagen			

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Maria Gerdes
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			
	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			
	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			
M/Info				
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
	Ja:			
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>		
	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			
	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			
	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			
	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

		M/B	ja	nein	t.n.z.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/Info
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.

		M/Info
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.

		M/T3/B	ja	nein	t.n.z.
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T5/B	ja	nein	t.n.z.
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T4/B	ja	nein	t.n.z.
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T6/B	ja	nein	t.n.z.
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input checked="" type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	uneingeschränkt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	am Rollator bzw. mit Halt am Mobiliar selbständig
g. Gehen	am Rollator selbständig, nach vorne gebeugte Körperhaltung, geringe Schritthöhe, unsicheres Gangbild

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	26.08.2019	20.05.2019	26.03.2019
	kg	92,7	93,1	91,9
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	161			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	35,76			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?			
<hr/>				
	M/T10/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?			
<hr/>				
	M/T8/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?			
<hr/>				
	M/T11/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?			
<hr/>				
	M/T9/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?			
<hr/>				
	M/T12/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?			
<hr/>				
	M/T28/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?			

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i>

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 4

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	02.09.2019	Uhrzeit	12:16	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 4

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1934		
e.	Einzugsdatum	12.03.2018		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Demenz, degenerative Wirbelsäulen- und Gelenkserkrankung, chronisches Schmerzsyndrom		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte sowie handschriftliche Dokumentation		

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Maria Gerdes
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	Zugehörige

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			

	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T24/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			

	M/T26/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			

M/Info	
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein
Ja:	
akute Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>
chronische Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

Aufgrund eines Sturzereignisses am Prüftag in der eigenen Häuslichkeit äußert der Pflegebedürftige Schmerzen im rechten Handgelenk.

Eine Information an den zuständigen Hausarzt erfolgt durch die Zugehörige.

	M/T13/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			

	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			

	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			

Der Pflegebedürftige wünscht keine Medikamente gegen Schmerzen einzunehmen.

	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?			
M/Info				
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.		
M/Info				
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.		
	M/T3/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?			
	M/T5/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?			
	M/T4/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?			
	M/T6/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?			

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input checked="" type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	uneingeschränkt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	mit Halt am Mobiliar selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	am Gehstock bzw. mit Halt am Mobiliar selbständig
g. Gehen	am Gehstock selbständig, unsicheres Gangbild

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	26.08.2019	20.05.2019	27.03.2019
	kg	70,4	72,2	74,4
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	168			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	24,94			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung			
	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus				
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
<i>(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)</i>					
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input checked="" type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> rechtes Ohrläppchen: Wundschnellverband nach Sturzereignis im häuslichen Bereich am Prüftag

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 5

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	02.09.2019	Uhrzeit	14:01	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 5

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	BARMER		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1940		
e.	Einzugsdatum	04.02.2014		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Schluckstörungen durch Zustand nach Schädelhirntrauma 2010, Zustand nach Schädelbasisfraktur 2010, Hemiplegie rechts		
g.	Pflegegrad			
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
				<input type="checkbox"/> 4
				<input checked="" type="checkbox"/> 5
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja	nein		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja	nein		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte sowie handschriftliche Dokumentation		

M/Info

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Maria Gerdes
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			

	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			

	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			

M/Info	
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein
Ja:	
akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

	M/T13/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			

	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			

	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			

Die medikamentöse Versorgung erfolgt ausschließlich im häuslichen Bereich.

	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

M/B

ja nein t.n.z.

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?

M/Info

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden

1. Hinterkopf
 2. Ohrmuschel
 3. Schulterblatt
 4. Schulter
 5. Brustbein
 6. Ellenbogen
 7. Sakralbereich
 8. Großer Rollhügel
 9. Gesäß
 10. Knie außen
 11. Kniescheibe
 12. Knie innen
 13. Knöchel außen
 14. Fersen
 15. Knöchel innen © Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus <input checked="" type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>	sonstige nicht chronische Wunde <input type="checkbox"/>						
a.	Größe/Tiefe	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm H</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm B</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm T</td> </tr> </table>						cm H		cm B		cm T
	cm H		cm B		cm T							
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input checked="" type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>							
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen:										
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>						
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>						
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>						
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>							
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>						
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>						
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>									

Der Pflegebedürftige weist zwei Dekubitus im Bereich der Analfalte auf. Da die Versorgung ausschließlich im häuslichen Bereich erfolgt, liegt eine differenzierte Wunddokumentation nicht vor.

M/Info

**10.13 Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden
(Verbandmaterial, Medikamente)**

 t.n.z.

M/T3/B

ja nein t.n.z.

**10.14 Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen
Wunde/des Dekubitus dokumentiert?**

M/T5/B

ja nein t.n.z.

**10.15 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen
Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des
Wissens?**

M/T4/B

ja nein t.n.z.

**10.16 Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen
Wunden oder Dekubitus?**

M/T6/B

ja nein t.n.z.

**10.17 Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer
Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation)
ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen
angepasst?**

Kapitel 11. Mobilität

M/Info		
11.1 Bewohner angetroffen:		
a.	<input checked="" type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b.	<input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	Arme aktiv bis auf Schulterhöhe anhebbar, passiv bis auf Kopfhöhe anhebbar, Nackengriff nicht möglich, alle weiteren Gelenke uneingeschränkt beweglich, bestehende Kraftminderung im rechten Arm
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt verlangsamt beweglich, bestehende Kraftminderung, zum Teil unkoordinierte Bewegungsabläufe
c. Lageveränderung im Bett	mit personeller Unterstützung, Hilfsmittel: Lagerungskissen
d. Aufstehen	durch personelle Übernahme
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	je nach Tagesform im Rollstuhl selbständig bzw. durch personelle Übernahme
f. Stehen	kurzfristig mit personeller Unterstützung
g. Gehen	nicht möglich, Fortbewegung passiv im Rollstuhl

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>	
Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

Es besteht ein erhöhtes Sturzrisiko, da der Pflegebedürftige aus dem Bett rollt und aus dem Rollstuhl rutscht.

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	02.09.2019	21.06.2019	29.03.2019
	kg	85,3	88,8	91,1
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	180			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	26,33			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Trinkbecher mit Aufsatz			
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input checked="" type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband) unauffällig
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmitteln	Bettbeutel
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	
<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 6

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				190902VT90000000-000031992	
Datum	03.09.2019	Uhrzeit	09:13	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 6

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	Siemens Betriebskrankenkasse (BKK)		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1940		
e.	Einzugsdatum	02.04.2019		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	kognitive Beeinträchtigung, Zustand nach Entfernung des Hüftkopfes links, Osteoporose, Makuladegeneration		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Maria Gerdes
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			

	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T24/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			

	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			

	M/T26/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			

M/Info	
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen? <input type="checkbox"/> nein
Ja:	
akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>
chronische Schmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

	M/T13/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			

	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			

	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			

Die Schmerzmedikation wird ausschließlich im häuslichen Bereich eingenommen.

	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

M/B

ja nein t.n.z.

10.11 Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?

M/Info

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden

1. Hinterkopf
 2. Ohrmuschel
 3. Schulterblatt
 4. Schulter
 5. Brustbein
 6. Ellenbogen
 7. Sakralbereich
 8. Großer Rollhügel
 9. Gesäß
 10. Knie außen
 11. Kniescheibe
 12. Knie innen
 13. Knöchel außen
 14. Fersen
 15. Knöchel innen © Lisa Apfelbacher 2016

Wunde 1	Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input checked="" type="checkbox"/>	sonstige nicht chronische Wunde <input type="checkbox"/>						
a.	Größe/Tiefe	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm H</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm B</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">cm T</td> </tr> </table>						cm H		cm B		cm T
	cm H		cm B		cm T							
b.	Ort der Entstehung	stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>		extern <input checked="" type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>						
c.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen:										
d.	Kategorie/Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/>						
e.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>						
f.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>						
g.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>							
h.	Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>						
i.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>						
j.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>									

Die chronische Wunde (Zustand nach Hüftkopffentfernung links) wird in der Häuslichkeit versorgt. Eine differenzierte Wundbeschreibung liegt nicht vor.

M/Info	
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente) <input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.

M/T3/B		ja	nein	t.n.z.
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T5/B		ja	nein	t.n.z.
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T4/B		ja	nein	t.n.z.
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T6/B		ja	nein	t.n.z.
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	rechter Arm bis Schulterhöhe anhebbar, alle weiteren Gelenke uneingeschränkt beweglich
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	linkes Bein passiv in den Gelenken beweglich, rechtes Bein uneingeschränkt beweglich
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	mit personeller Unterstützung
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig, Positionswechsel eingeschränkt möglich
f. Stehen	mit Halt am Mobiliar kurzfristig möglich
g. Gehen	mit Halt am Mobiliar zwei bis drei Schritte, dabei wird das linke Bein mit der Hand unterstützt, Fortbewegung aktiv im Rollstuhl

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/B

ja nein

11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?

M/T19/B

ja nein t.n.z.

11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?

 ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen

M/T1/B

ja nein

11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?

M/T2/B

ja nein t.n.z.

11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	27.08.2019	21.05.2019	02.04.2019
	kg	70,7	70,3	70,2
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	170			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	24,46			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i>

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 7

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:				190902VT90000000-000031992	
Datum	03.09.2019	Uhrzeit	10:11	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 7

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	DAK-Gesundheit		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1934		
e.	Einzugsdatum	22.01.2019		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	dementielle Entwicklung, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Zustand nach Plattenepithelkarzinom des linken Lungenoberlappens, Zustand nach Apoplex (2010), Sehbeeinträchtigung		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Maria Gerdes
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			
	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T24/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			
	M/T26/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			
M/Info				
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
	Ja:			
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>		
	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			
	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			
	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			
	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

		M/B	ja	nein	t.n.z.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/Info
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.

		M/Info
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.

		M/T3/B	ja	nein	t.n.z.
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T5/B	ja	nein	t.n.z.
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T4/B	ja	nein	t.n.z.
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		M/T6/B	ja	nein	t.n.z.
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input checked="" type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	uneingeschränkt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	mit Abstützen am Mobiliar selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	selbständig
g. Gehen	selbständig, nach vorne gebeugte Körperhaltung, unsicheres Gangbild

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	27.08.2019	21.06.2019	02.04.2019
	kg	57,7	59,1	60,8
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	158			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	23,11			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel) Unterarme livide verfärbt

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 8

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	03.09.2019	Uhrzeit	10:58	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 8

M/Info				
9.2 Angaben zum Bewohner				
a. Name	Anonymisiert			
b. Pflegekasse	Knappschaft			
c. Pflege-/Wohnbereich				
d. Geburtsjahr	1938			
e. Einzugsdatum	15.01.2015			
f. Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Depression, Diabetes mellitus Typ II			
g. Pflegegrad				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?				
ja <input type="checkbox"/>		nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i. Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)				
ja <input checked="" type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
j. Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation			

M/Info

9.3 Anwesende Person

a.	Name des Gutachters	Maria Gerdes
b.	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, verantwortliche Pflegefachkraft
c.	Name des Mitarbeiters	
d.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			
	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			
	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			
M/Info				
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
	Ja:			
	akute Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	Von:			
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>		
	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			
	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			
	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			
	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?			
M/Info				
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.		
M/Info				
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.		
	M/T3/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?			
	M/T5/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?			
	M/T4/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?			
	M/T6/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?			

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend <input checked="" type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	
c. Lageveränderung im Bett	
d. Aufstehen	
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	
f. Stehen	
g. Gehen	

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	27.08.2019	21.05.2019	26.03.2019
	kg	139	141,1	138,9
			<input type="checkbox"/> t.n.z.	<input type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	170			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	48,1			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input checked="" type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkateter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i>

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

Prüfung beim Pflegebedürftigen

Versicherte Person 9

Kapitel 9. Allgemeine Angaben

M/Info					
9.1 Auftragsnummer:			190902VT90000000-000031992		
Datum	03.09.2019	Uhrzeit	11:53	Nummer Erhebungsbogen	Prüfung beim Pflegebedürftigen 2018 - Maria.Gerdes - 9

M/Info

9.2 Angaben zum Bewohner

a.	Name	Anonymisiert		
b.	Pflegekasse	BARMER		
c.	Pflege-/Wohnbereich			
d.	Geburtsjahr	1930		
e.	Einzugsdatum	16.08.2019		
f.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung	Hypertonie		
g.	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5			
h.	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/>		
i.	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)			
	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
j.	Vorhandene Unterlagen	computergestützte Dokumentation		

M/Info

M/Info	
9.3 Anwesende Person	
a. Name des Gutachters	Maria Gerdes
b. Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, verantwortliche Pflegefachkraft
c. Name des Mitarbeiters	
d. sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Kapitel 10. Behandlungspflege

	M/T22/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?			
	M/T23/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T24/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			
	M/T25/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?			
	M/T26/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?			
M/Info				
10.6	Hat der Bewohner akute oder chronische Schmerzen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
	Ja: akute Schmerzen <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/>			
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>			
	M/T13/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?			
	M/T14/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?			
	M/T15/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?			
	M/T27/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?			

	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?			
M/Info				
10.12	Beschreibung vorliegender Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> t. n. z.		
M/Info				
10.13	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.		
	M/T3/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.14	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?			
	M/T5/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.15	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?			
	M/T4/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.16	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?			
	M/T6/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
10.17	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?			

Kapitel 11. Mobilität

M/Info	
11.1 Bewohner angetroffen:	
a. <input type="checkbox"/> liegend	<input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
b. <input checked="" type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche

M/Info	
11.2 Bewegungsfähigkeit eingeschränkt	ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Beschreibung
a. Bewegungsfähigkeit obere Extremitäten	uneingeschränkt
b. Bewegungsfähigkeit untere Extremitäten	uneingeschränkt
c. Lageveränderung im Bett	selbständig
d. Aufstehen	selbständig
e. Sitzen/Lageveränderung im Sitzen	selbständig
f. Stehen	selbständig bzw. mit Halt am Mobiliar
g. Gehen	am Gehstock selbständig, am Rollator selbständig für weitere Strecken

M/Info	
11.3 Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/T18/Bja nein **11.4 Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?****M/T19/B**ja nein t.n.z. **11.5 Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?**

M/Info

11.6 Liegt ein Dekubitusrisiko vor? ja nein

Von:

Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen **M/T1/B**ja nein **11.7 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?****M/T2/B**ja nein t.n.z. **11.8 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?**

Kapitel 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
12.1 Gewicht Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung				
a. Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum	16.08.2019		
	kg	69,2		
			<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.	<input checked="" type="checkbox"/> t.n.z.
b. Aktuelle Größe in cm	158			
c. Aktueller BMI (kg/m ²)	27,72			
d. Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input checked="" type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden			
e. Flüssigkeitsversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten			

Die Pflegebedürftige besucht seit drei Wochen die Tagespflegeeinrichtung.

M/Info					
12.2	Der Bewohner ist versorgt mit:				t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	Beschreibung <input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus			
	Nahrung		kcal/24h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit		ml/24h	Flussrate	ml/h
	(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)				
b.	<input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion				
c.	<input type="checkbox"/> i.v.-Infusion				
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

M/Info	
12.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

M/Info	
12.4 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input checked="" type="checkbox"/>	

	M/T7/B	ja	nein	
12.5	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T10/B	ja	nein	
12.6	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T8/B	ja	nein	t.n.z.
12.7	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T11/B	ja	nein	t.n.z.
12.8	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<hr/>				
	M/T9/B	ja	nein	
12.9	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T12/B	ja	nein	
12.10	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<hr/>				
	M/T28/B	ja	nein	t.n.z.
12.11	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 13. Harninkontinenz

M/Info		
13.1 Der Bewohner ist versorgt mit:		<input type="checkbox"/> t. n. z.
	Beschreibung	
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter	(Zustand Katheter, Eintrittsstelle, Verband)
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter	
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input checked="" type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln	
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem	

M/Info	
13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Von:	
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
Einrichtung übernommen	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T16/B		ja	nein	t.n.z.
13.3	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T17/B		ja	nein	t.n.z.
13.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 14. Umgang mit Demenz

M/Info		
14.1 Orientierung und Kommunikation		
a. sinnvolles Gespräch möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b. nonverbale Kommunikation möglich	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c. Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

M/T33/B		ja	nein	t.n.z.
14.2	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T34/B		ja	nein	t.n.z.
14.3	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T35/B		ja	nein	t.n.z.
14.4	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T40/B		ja	nein	t.n.z.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Kapitel 15. Körperpflege

M/Info	
15.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut	
	Beschreibung
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input checked="" type="checkbox"/> Besonderheiten	<i>(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)</i> Unterhalb des Kinns besteht eine Rötung. Diese behandelt die Pflegebedürftige selbständig mit einer Fettsalbe.

M/T29/B

ja nein t.n.z.

15.2 Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

M/Info

15.3 Mundzustand/Zähne

	Beschreibung
a. <input checked="" type="checkbox"/> normal	<i>(Beschreibung nicht erforderlich)</i>
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input checked="" type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

M/T30/B

ja nein t.n.z.

15.4 Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?

Kapitel 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.1	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?			
	M/T21/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?			
	M/T20/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?			
	M/T31/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?			
	M/B	ja <input checked="" type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
16.5	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?			
	M/B	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input checked="" type="checkbox"/>
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?			

Kapitel 17. Sonstiges

-

18. Befragung der Bewohner

In die Befragung wurden 6 Pflegebedürftige (P) einbezogen.

18.3 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (M/T67/B)

immer	6	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
keine Angaben		Pflegebedürftige

18.4 Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie? (M/T68/B)

immer		Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	1	Pflegebedürftige
keine Angaben	5	Pflegebedürftige

18.5 Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? (M/T60/B)

immer	1	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	5	Pflegebedürftige

18.6 Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? (M/T61/B)

immer		Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
keine Angaben	6	Pflegebedürftige

18.7 Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (M/T62/B)

immer		Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	5	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.8 Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? (M/T63/B)

immer		Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	5	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.9 Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (M/T69/B)

immer		Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	5	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.10 Schmeckt Ihnen das Essen? (M/T70/B)

immer	4	Pflegebedürftige
häufig	1	Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.11 Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? (M/T66/B)

immer	3	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	3	Pflegebedürftige

18.12 Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (M/T71/B)

immer	1	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	5	Pflegebedürftige

18.13 Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten? (M/T72/B)

immer	1	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	5	Pflegebedürftige

18.14 Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? (M/T73/B)

immer	5	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.15 Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht? (M/T74/B)

immer	5	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.		Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.16 Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können? (M/T75/B)

immer	1	Pflegebedürftige
häufig		Pflegebedürftige
gelegentlich		Pflegebedürftige
nie		Pflegebedürftige
t.n.z.	4	Pflegebedürftige
keine Angaben	1	Pflegebedürftige

18.17 Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen? (M/T76/B)

immer	Pflegebedürftige
häufig	Pflegebedürftige
gelegentlich	Pflegebedürftige
nie	Pflegebedürftige
t.n.z.	Pflegebedürftige
keine Angaben	6 Pflegebedürftige

18.18 Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (M/T65/B)

immer	Pflegebedürftige
häufig	Pflegebedürftige
gelegentlich	Pflegebedürftige
nie	Pflegebedürftige
keine Angaben	6 Pflegebedürftige

18.19 Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? (M/T77/B)

immer	Pflegebedürftige
häufig	Pflegebedürftige
gelegentlich	Pflegebedürftige
nie	Pflegebedürftige
t.n.z.	6 Pflegebedürftige
keine Angaben	Pflegebedürftige

18.20 Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (M/T64/B)

immer	Pflegebedürftige
häufig	Pflegebedürftige
gelegentlich	Pflegebedürftige
nie	Pflegebedürftige
t.n.z.	3 Pflegebedürftige
keine Angaben	3 Pflegebedürftige

10. Behandlungspflege					
Katalog-Index	Wertigkeit	Prüffrage Wortlaut	Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
				Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
10.1	M/T22/B	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	1/9	0	
10.2	M/T23/B	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	0/9	0	
10.3	M/T24/B	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	3/9	0	
10.4	M/T25/B	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	0/9	0	
10.5	M/T26/B	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	3/9	0	
10.7	M/T13/B	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	3/9	0	
10.8	M/T14/B	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	0/9	0	
10.9	M/T15/B	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	0/9	0	
10.10	M/T27/B	Sind Kompressionsstrümpfe/ -verbände sachgerecht angelegt?	0/9	0	
10.11	M/B	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	0/9	0	
10.14	M/T3/B	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?	0/9	0	
10.15	M/T5/B	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?	0/9	0	
10.16	M/T4/B	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?	0/9	0	
10.17	M/T6/B	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?	0/9	0	

11. Mobilität						
Katalog-Index	Wertigkeit	Prüfrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
		Wortlaut			Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
11.4	M/T18/B	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?		9/9	0	
11.5	M/T19/B	Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?		7/9	0	
11.7	M/T1/B	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?		9/9	0	
11.8	M/T2/B	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?		3/9	0	

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung						
Katalog-Index	Wertigkeit	Prüfrage		Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
		Wortlaut			Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
12.5	M/T7/B	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?		9/9	0	
12.6	M/T10/B	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?		9/9	0	
12.7	M/T8/B	Werden bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?		7/9	0	
12.8	M/T11/B	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?		5/9	0	
12.9	M/T9/B	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?		9/9	0	
12.10	M/T12/B	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?		9/9	0	
12.11	M/T28/B	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?		0/9	0	

13. Harninkontinenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
13.3	M/T16/B	Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkatheter individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?	8/9	0	
13.4	M/T17/B	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	5/9	0	

14. Umgang mit Demenz					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
14.2	M/T33/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	5/9	0	
14.3	M/T34/B	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?	5/9	0	
14.4	M/T35/B	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?	5/9	0	
14.5	M/T40/B	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/ Beschäftigungsangebote gemacht?	5/9	0	
14.6	M/T36/B	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	5/9	0	

15. Körperpflege					
Prüfrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
15.2	M/T29/B	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/9	0	
15.4	M/T30/B	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	0/9	0	

16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität					
Prüffrage			Frage traf für x von y in die Prüfung einbezogene Personen zu.	Kriterium nicht erfüllt bei	
Katalog- Index	Wertig- keit	Wortlaut		Anzahl der versorgten Personen	Nummern der versorgten Personen
16.1	M/B	Wird beim Pflegeprozess die individuelle Betreuung berücksichtigt?	9/9	0	
16.2	M/T21/B	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	0/9	0	
16.3	M/T20/B	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	0/9	0	
16.4	M/T31/B	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	9/9	0	
16.5	M/B	Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?	9/9	0	
16.6	M/B	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	4/9	0	